Ueber die

Erfolge der Uterusausschabungen

bei der

Endometritis fungosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Hans Vogelbach

I. Assistenzarzt der Poliklinik in Basel.

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. H. Fehling.

BASEL

Buchdruckerei von Fr. Bürgin

1894.

Ueber die

Erfolge der Uterusausschabungen

bei der

Endometritis fungosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Hans Vogelbach

I. Assistenzarzt der Poliklinik in Basel.

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. H. Fehling.

BASEL

Buchdruckerei von Fr. Bürgin

1894.

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN

PROF. DR H. FEHLING

DIRECTOR DER GEBURTSHÜLFLICH-GYNÆKOLOG. KLINIK ZU BASEL

IN HOCHACHTUNG UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Bei der Häufigkeit der Auskratzungen der Gebärmutter wegen chronisch-fungöser Endometritis und der relativ selten während einer längeren Dauer nach vollzogener Operation fortgesetzten Beobachtung schien es im Interesse der Kritik der Behandlungsweise angezeigt, eine Reihe von Ausschabungen in ihrem weitern Verlaufe zu verfolgen.

Es wurde mir desshalb von Herrn Professor Fehling die Aufgabe diesbezüglicher Nachforschungen bei den während des Zeitraumes vom Mai 1887 bis Ende Dezember 1891 wegen Endometritis behandelten Patientinnen, welche sich der Auskratzung zu unterziehen hatten, zum Zwecke der Constatirung übertragen, ob und wie fern der bei ihrem Spitalaustritt meist sehr günstige Status angehalten habe.

Die Zahl der in diesem Zeitraume auf der Basler gynækologischen Klinik Operirten beträgt 101, wobei ich ausdrücklich bemerke, dass nur Auskratzungen bei Endometritis glandularis und interstitialis chronica sich unter dieser Zahl befanden.

Die pathologisch-anatomische Diagnose wurde in weitaus den meisten Fällen in dem pathologisch anatomischen Institut von Herrn Professor Roth oder Herrn Dr. Dubler gestellt.

Sämmtliche Ausschabungen wegen Neubildungen: Carcinom, Sarcom, ferner solche bei Aborten wurden bei dieser Arbeit ganz weggelassen. — Letztere kommen nur insofern in Betracht, als sich oft an dieselben bei mangelhafter Pflege oder unvollständiger Entleerung des Uterus chronische Endometritiden anschliessen. — Ausschabungen vor Ablauf der 4. Woche nach der Fehlgeburt finden sich hier keine vor. In sämmtlichen dieser 101 Fälle handelt es sich also um chronische Endometritis.

Die 61 aus dem pathologischen Institut erhaltenen anatomischen Diagnosen lauten folgendermassen:

Endometritis glandularis fungosa	4
„ glandularis hypertrophica et hyperplastica	8
„ „ hyperplastica	1
„ „ hypertrophica	5
„ prolifera (Hypertrophie der Schleimhaut)	2
„ glandularis hypertrophica mit Metritis	1
„ hæmorrhagica	1
„ interstitialis	3
„ glandularis hypertrophica et hyperplastica mit zelliger Infiltration der Interstitien	1
„ glandularis hypertrophica et hyperplastica und Fibromyom	1
Zellenreiches Interstitialgewebe mit Drüsen	1
Endometritis interstitialis mit glandulärer Degeneration	1
Endometritis et Metritis interstitialis	1
„ mit degenerirten Decidua-Zellen	4
„ mit Placentar-Resten	4
„ glandularis et interstitialis	21
„ „ hypertrophica et hyperplastica polyposa et interstitialis	1
Syphilis	1

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, dass es sich bei der Mehrzahl der Fälle nicht nur um glanduläre Hypertrophie und Hyperplasie handelt, sondern dass theils interstitielle und dann grössten Theils eine Mischform beider vorhanden ist bei der sogenannten Endometritis fungosa.

Vor der Besprechung des Ergebnisses meiner Nachforschungen scheint mir eine kurze Darstellung der Operation, wie solche von Herr Professor Fehling ausgeführt wird, am Platze zu sein.

Zunächst ist bei der Wahl der Zeit, zu welcher die Operation ausgeführt werden soll, darauf zu achten, dass

letztere nicht mit dem Auftreten der Periode zusammenfällt; am besten operirt man erst einige Tage nach Aufhören derselben. Häufig genug gestatten indessen abundante Blutungen die Innehaltung dieses Zeitpunktes nicht, so dass die Erfüllung dieser Forderung wohl eine sehr wünschbare, eine durchaus mögliche aber nicht sein kann.

Am Tage vor der Operation wird die Vagina durch antiseptische Spülungen, sei es mit Sublimat 1 : 4000, oder mit 1—2 % Lysollösung desinficirt, zugleich durch Clysmata oder innere Medicamente für Darmentleerung gesorgt. Am Morgen der Operation wird gewöhnlich noch ein Vollbad verabreicht, dann die Operationsgegend gründlich gereinigt mit Inbegriff der Oberschenkel und der untern Abdominalpartien. Rasiren der Schamhaare ist nicht absolut nöthig. — Die Desinfection geschieht mit Seife und Bürste, dann Alcohol und schliesslich Sublimat. Bei der Reinigung der Vagina benützt man am Besten nicht nur Spülungen, sondern reibt dieselbe mit in Desinficientien getauchten Wattebäuschchen tüchtig aus. Hierauf wird mit weichem Catheter die Blase entleert.

Die Operation kann mit oder ohne Narcose ausgeführt werden; sehr schmerzhaft ist sie nicht; doch ist die Anæsthesie der Ruhe und auf einer Klinik speciell der klinischen Verwerthung der Fälle wegen sehr angenehm. Desshalb wurden auch 68 narcotisirt, 18 wurden ohne Narcose operirt, bei 15 fehlen die diesbezüglichen Angaben. Als Narcoticum bediente man sich in allen Fällen des Chloroforms.

Die Patientin wird nun in Sims'sche Seitenlage gebracht. Der Operateur führt die Auskratzung sitzend aus. Nach Einführung der hintern Rinne (Sims) wird nach Sichtbarwerden der Portio die vordere Lippe mit der Kugelzange gefasst und durch sanften Zug nach unten die etwaige Lageveränderung des Uterus corrigirt, der ganze Uterus nach unten gezogen. Hat man genügend Assistenz, so kann die Kugelzange dem zur linken Seite der Patientin stehenden Assistenten übergeben werden. Mit der Uterus-Sonde überzeugt man sich von

der Weite des Cervix und der Länge und Lage des Uterus, nachdem zuvor Cervix und Uterus mittelst Playfair waren desinficirt worden.

Die nun folgende Dilatation des Cervix kann eine langsame oder eine rasche sein. Nulliparæ, ferner Frauen mit starrem Cervix müssen mit Laminaria erweitert werden. Auch Fälle, wo man auf Austastung des Uterus mit dem Finger dringt, werden besser mit Laminaria erweitert, welche dann natürlich schon Tags zuvor eingelegt wird.

Ist der Cervical-Canal zum Passiren des Löffels weit genug, so unterbleibt die Dilatation. Zur raschen Eröffnung des Cervix unmittelbar vor der Operation werden die Hegarschen Glasdilatatoren angewandt. Die Grösse No. 10 genügt zur Einführung der schabenden Instrumente.

Bei 6 Patientinen wurden Discisionen gemacht, zu gleicher Zeit Keil-Excisnen wegen chronischen Infarcts der Portio; bei 56 Dilatationen; 22 mussten nicht dilatirt werden, bei 17 fand ich keine Angabe.

Als schabendes Instrument dient der Volkmann'sche scharfe Löffel.

Ist die Portio nun heruntergezogen und passirt der Löffel ohne Schwierigkeit, so wird derselbe in der Richtung eingeführt, welche durch die Uterus-Sonde gezeigt wurde. Die Ausschabung wird methodisch vorgenommen, so dass man sicher sein kann, dass jede Stelle des Uterus berührt wurde. So beginnt man z. B. mit der vordern Wand, geht langsam vorrückend zur hintern Seite über und schabt zuletzt die Tubenecken aus, denen eine besondere Sorgfalt muss geschenkt werden. Die nicht zu oft nach aussen beförderte Curette zeigt uns das Ergebniss der Auskratzung. Diese Massen werden jeweilen zur Bestimmung der Quantität und zur Feststellung der pathologisch-anatomischen Diagnose aufbewahrt und zwar gesondert von den Massen, die dem Cervix entstammen.

Diese Forderung ist genau zu beachten, da gleich aussehende Zellen im Cervix als ganz unschuldig anzusehen sind, während ihr Vorkommen in der Uterus-Schleimhaut auf maligne Neubildung schliessen lässt.

Es folgt nun die Auskratzung des Cervix in gleicher Weise und ebenso gründlich, da auch vom Cervix aus bei zurückbleibender kranker Schleimhaut Recidive entstehen können.

Die Blutung nach der Operation ist für gewöhnlich eine sehr geringe. Mittelst doppelläufigen Catheters wird der Uterus nun mit 2 %ger Carbol- oder Lysol-Lösung ausgespült. Sublimat wird wegen Resorptionsgefahr und Nierenreizung nicht angewendet. Diese Uterusdouche, die 50° Celsius warm sein soll, hat neben der reinigenden Wirkung den grossen Vorzug eines wirksamen Hæmostaticums.

Hierauf wird die Innenfläche des Cervix und des Uterus mittelst Playfair geätzt. — 66 Patientinen wurden geätzt, 35 nicht. Die Aetzung geschieht theils mit 50 %ger alcoh. Carbolsäurelösung, theils mit Liquor ferri sesqui chlorati oder auch mit 10 % Zincum-chlorat-Lösung. Ist die Blutung eine starke, so kann die Höhle mit Jodoform oder Bor- oder Chlorzinkgaze tamponirt werden. Sonst genügt eine einfache Tamponade der Scheide.

Am Abend des Operationstages oder auch erst Tags darauf, wenn die Ausschabung spät gemacht wurde, wird der Tampon entfernt.

Die weitere Behandlung ist zunächst eine rein expectative, d. h. sie beschränkt sich auf äussere Desinfection.

Erst nach einigen Tagen werden weitere Aetzungen, wenn nöthig, ausgeführt, je nach der Menge des Ausflusses. 50 Patientinen erhielten weitere Aetzungen, 2 wurden noch mit Galvanisation nach Apostoli behandelt. — Acht Tage Bettruhe genügt in den meisten Fällen.

Die Operation ambulant vorzunehmen ist nicht rathsam.

Bei der Entlassung wird den Frauen angerathen, beim Auftreten der ersten Menstruation sich ruhig zu verhalten, wenn nöthig das Bett zu hüten und Ergotin oder Hydrastis canadensis Fluid-Extract zu nehmen.

Die 101 Operirten vertheilen sich auf 5 Jahre und es wurden

im Jahre 1887 bei 10,
1888 „ 19,
1889 „ 19,
1890 „ 26,
1891 „ 27 Frauen

Auskratzungen vorgenommen.

In den Anamnesen der an Endometritis Erkrankten finden sich gewöhnlich drei prædominirende Klagen, nämlich: Blutung, — Ausfluss — und Schmerzen, seien sie im Kreuz oder in den untern Partieen des Abdomens. Gehen wir obigen Fällen in dieser Richtung nach, so handelte es sich

bei 43 Frauen um Blutung als Hauptklage.
„ 5 „ „ Blutung und Fluor,
„ 21 „ „ Blutung, Schmerz und Fluor.
„ 20 „ „ Blutung und Schmerz.
„ 10 „ „ Fluor und Schmerz,
„ 1 „ „ Sterilität.
„ 1 „ „ Fluor (Osteomalacie).

Bei 79 von 101 muss also die Blutung als Hauptbeweggrund zur Operation angesehen werden.

Die Menge der bei der Operation herausbeförderten fungösen Massen wird angegeben

bei 35 als viel,
„ 6 „ ziemlich viel,
„ 5 „ mässig,
„ 33 „ wenig,
„ 4 „ nur Blut,
„ 18 fand sich keine nähere Angabe.

Bei der Nachforschung nach dem Erfolge der Operation konnte nicht constatirt werden, dass bei denjenigen Frauen, bei welchen viele Granulationen zum Vorschein kamen, nachher der Verlauf und das Resultat besonders günstige gewesen wären.

Der Verlauf unmittelbar nach der Operation war meist ein sehr glatter.

Afebril verliefen	89	
schon vorher mit Fieber behaftet	2	davon 1 acute Cystitis.
eine einmalige abendliche Erhebung über 38°	3	
3 Tage Fieber ohne bekannte Ursache	1	
einige Tage febriler Verlauf . .	2	
13 Tage Fieber	1	Lumbago u. Husten.
Fieber — 38,4	1	nachher † an perniciöser Anæmie.
Anfangs febril, dann Pleuritis . .	1	
vom 3. Tag an Fieber	1	Phlegmone para uterina.

Soviel von der Operation und dem Verlauf während des Spitalaufenthaltes.

Zum Zwecke der Ermittlung des spätern Verlaufes wurde im März 1893 ein Schreiben an alle 101 erlassen, folgenden Inhalts:

„Herr Professor Fehling wünscht zu wissen, ob die bei Ihnen am . . . . . vorgenommene Auskratzung der Gebärmutter von Erfolg war.

Sie werden daher gebeten, womöglich innerhalb 3 Wochen mit diesem Brief in der Frauenpoliklinik sich einzufinden, oder, wenn das nicht möglich, folgende Fragen umgehend zu beantworten:

1. Ist die Periode seither regelmässig?
   Antwort:
2. Wie viel Tage dauert dieselbe?
   Antwort:

3. Ist dieselbe schwach oder stark?
   Antwort:
4. Wie viele Geburten, bezw. Fehlgeburten seither? und wann? (Datum).
   Antwort:
5. Fühlen Sie sich im Ganzen wohl?
   Antwort:

Die 101 Operirten vertheilen sich auf 94 verschiedene Personen. 1 davon ist an den Folgen einer bald eintretenden Peritonitis im Spital gestorben. Ich werde diesen Fall noch näher besprechen.

Von den 93 Verbleibenden sind im Laufe der fünf Jahre 3 gestorben. 5 verreist (Amerika), 17 gaben kein Lebenszeichen, 2 als der Post unbekannt erhielten den Brief nicht. Es verbleiben also 66, die zur Entscheidung der Fragen dienen können.

Auch von diesen 66 fällt noch eine weg, da sie während der Zeit der Abfassung dieser Arbeit wegen Retroflexio uteri, die jedem Pessar trotzte, ventrofixirt und zu gleicher Zeit castrirt wurde.

Das Resultat der 65 zur Verfügung stehenden Fälle ist folgendes:

Der Klarheit halber theile ich ein in ein- und mehrmals ausgekratzte.

A. Einmalige Auskratzung.

39 Heilungen und zwar

21 vollständig normal. Periode regelmässig 1—4 tägig, ohne jegliche Beschwerden. Allgemeinbefinden gut.

7 Heilungen mit anschliessender Menopause.

6 Periode mehr als 4 Tage regelmässig. Keine Beschwerden. Allgemeinbefinden gut.

1 Periode mehr als 4 Tage regelmässig mit anschliessender Menopause.

1 Periode postponierend, schwach,

1 Periode anteponierend, schwach.
1 1 Jahr regelmässige Periode, dann Menopause.
1 2 Jahr regelmässig mit anschliessender Menopause.

5 Heilungen auf gewisse Zeit.

1 auf $^1/_2$ Jahr,
1 auf 1 Jahr, nachher unregelmässig aber schwach.
1 auf 1 Jahr ohne weitere Angabe.
1 auf 3 Jahre,
1 auf längere ? Zeit.

9 Bedeutende Besserung seit der Operation.

1 Periode regelmässig, ohne Beschwerde, zeitweise aber bis 10 Tage.
1 Periode anteponierend mittelstark.
2 „ unregelmässig mittelstark.
1 „ 1—6tägig.
1 „ 4tägig mit zeitweilig mehrtägigem Nachschub.
2 „ unregelmässig, stark, ohne Beschwerden.
1 Menopause, aber mit Beschwerden.

5 Misserfolge.
Keinerlei Besserung. 1 Fall davon chron. Metritis und 1 mit fibroïder Verdickung des Uterus.

1 Todesfall.

B. Mehrfache Auskratzung.

4 Zweimalige.

2 mit Heilung nach der zweiten Auskratzung.
2 mit Menopause (1 blieb von der ersten Auskratzung an 4 Jahre geheilt).

3 Dreimalige.

1 mit postponierenden schwachen Menses.
1 mit anschliessender Menopause.
1 ohne Erfolg.

Es ergeben sich somit (alles zusammengezählt):

45	complete Heilungen	69,2 %
9	Heilungen auf Zeit	13,8 %
5	Bedeutende Besserung	7,7 %
6	Misserfolge	9,2 %
1	Todesfall	1.5 %

Diese Zahlen berechtigen, die Operation als eine sehr zweckmässige, wenn auch nicht absolut radicale anzusehen. Wird bei einer Anzahl auch nur Besserung oder zeitweilige Heilung erreicht, so kann doch der Zustand der Patientinen während dieser Zeit als ein guter angesehen werden. Die Kranke erholt sich von den vorherigen jeweilen starken Blutverlusten; treten mit der Zeit die Blutungen wieder stärker auf, so kann durch eine abermalige Ausschabung wieder zeitweilige oder wie einige Beispiele zeigen, totale Heilung erzielt werden.

Erreicht man durch die Operation, wie eine der eingelaufenen Antworten zeigt, eine vierjährige Heilung und treten erst nach dieser Zeit wieder Blutungen auf, so erscheint entschieden der Eingriff ein sehr kleiner im Vergleich zu den Unbequemlichkeiten und Gefahren, welche durch die anhaltende Blutung geschaffen sind. Eine solche Patientin wird sich gerne auch einer zweiten Auskratzung unterziehen.

Um das erzielte Resultat womöglich zu erhalten, ist bei der Entlassung der Patientin aus der Behandlung darauf zu achten, dass allfällige Lageveränderungen der Gebärmutter möglichst gehoben werden, da solche durch Blutstauung und Secretretention gerne zum Anlasse eines Recidivs werden können.

Grundbedingungen für das Gelingen der Operation sind absolute Reinlichkeit und Gründlichkeit. Cervicalcatarrhe, die bei der Auskratzung unberücksichtigt blieben, können sich später als Erzeuger von Recidiven rächen.

Der Verlauf nach der Operation war in den meisten Fällen ein sehr befriedigender.

Der eine Fall, der 10 Tage nach der Operation unter dem Bilde einer Peritonitis tödtlich verlief, betraf eine Frau, die an doppelseitiger, leichter Salpingitis litt, welche erstens latent war und zweitens trotz sorgfältigster Untersuchung vor der Operation nicht konnte diagnosticirt werden. Die bald nach der Operation sich entwickelnde Peritonitis muss ihren Ursprung im Ausfliessen der leicht eitrigen Flüssigkeit aus den Tuben in das Peritonæum beim Herunterziehen des Uterus genommen haben. Eine andere Entstehungsweise kann nicht angenommen werden, da nirgends Perforation oder Platzen der Tube, die übrigens nur wenige Tropfen dieses dünnen Eiters enthielt, zu erblicken war.

Hier wäre man vielleicht durch Schmerzensäusserungen von Seiten der Patientin beim leichten Anziehen des Uterus gewarnt worden, wenn — in diesem Falle ein entschiedener Nachtheil der Narkose — kein Chloroform wäre angewendet worden.

Es ist hier der Ort, darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig eine äusserst genaue Diagnose vor der Operation ist. Als unumstössliche Regel gilt der Satz, dass bei Entzündungen an den Genitalien oder in ihrer Umgebung, seien dieselben acuter oder subacuter Art, die Ausschabung nicht darf vorgenommen werden. Besteht also Empfindlichkeit der Tuben und Schwellung, die an Endosalpingitis oder Pyosalpinx denken lässt, oder ebenso empfindliche Schwellung oder Resistenz der Parametrien, so muss die Auskratzung unterbleiben, es sei denn, dass dieselbe bei abundanter Blutung als ultimum refugium vor dem Verblutungstode einzutreten habe.

Es giebt nur eine acute Entzündung, welche sogar die directe Aufforderung zur Auskratzung stellt; es ist dies dann der Fall, wenn bei acut septischer Endometritis sich noch jauchige Gewebsfetzen in der Gebärmutter befinden; hier heisst es nicht, man darf, sondern man muss.

Es sind der Uterus-Auskratzung mancherlei Vorwürfe gemacht worden; so z. B. die Perforations- und Infections-Gefahr, ferner nachfolgende Sterilität, Unzulänglichkeit der

Operation u. s. w., Diese alle können aber bei näherer Betrachtung und Prüfung zurückgewiesen werden.

Was vorerst die Gefahr der Perforationen des Uterus durch die schabenden Instrumente betrifft, so sind allerdings solche schon vorgekommen und zwar bei sehr geschickten Operateuren (so z. B. bei Nélaton), die meistens aber ohne Störung des Allgemeinbefindens geheilt worden. Es scheint auch, dass schon eine sehr grosse Kraftanstrengung dazu gehört, bis die dicke Uteruswand durchbohrt wird. Sondiert man vor der Auskratzung den Uterus, misst seine Länge und überträgt die gefundenen Maasse auf den mit Eintheilung versehenen Stiel des schabenden Instrumentes, so ist diese Gefahr gewiss nicht vorhanden. Man hat es ja hier nicht mit einem dünnen und puerperalen Uterus zu thun, im Gegentheil wird durch den durch die Endometritis geschaffenen Reiz die Wand der Gebärmutter oft hypertrophisch. Ferners ist die Bewegung des Löffels eine schabende und nicht eine stossende. Man könnte sich denken, dass bei tiefgehender Destruction der Uteruswand durch carcinomatöse oder sarcomatöse Massen ein Löffel durchdränge, nie und nimmer aber bei richtiger Handhabung der Instrumente bei Endometritis fungosa.

Der zweite Vorwurf, es könne durch Herunterziehen und durch das Auskratzen des Uterus eine acute Entzündung hervorgerufen werden, ist richtig, wenn schon latente Entzündungsherde vorhanden sind.

Hierhin gehört der schon besprochene Todesfall und wohl in das gleiche Capitel die Phlegmone parauterina, die bei einer Patientin am 5. Tage aufgetreten war. Am 20. Tage gesellte sich eine Phlegmasia alba dolens duplex hinzu. Dieser Fall verlief in kurzer Zeit gut, so dass Patientin nach 7 Wochen geheilt konnte entlassen werden.

Doch dürfen solche Fälle nicht als Contraindicationen hingestellt werden, vielmehr als unglückliche Zufälle, wo trotz peinlichster Diagnose der latente Entzündungsherd sich der Untersuchung entzog.

Die Berichte der verschiedensten Operateurs lauten im Allgemeinen sehr günstig. So soll Martin in Berlin mehr als 300 Auskratzungen ausgeführt haben ohne einen Zwischenfall. Ebenso hat Doléris in Paris in 7 Jahren (1880—1886) 480 Auskratzungen vorgenommen, ohne nennbare Störungen im Verlauf (Thèse de Bourreau); von Rabeneau (die Auskratzung der Gebärmutterhöhle, Berlin klinische Wochenschrift 1884, Nr. 51) in $2^1/_2$ Jahren 325 Fälle; er verlor 3 Frauen, 2, die schon septisch inficirt waren, durch Retention von Membranen nach Abort, 1 durch intercurrente Affection.

Es wird des Ferneren der Operation vorgeworfen, sie sei nicht sicher, da Recidive sehr häufig vorkommen. Vorerst ist hier zu sagen, dass es sehr darauf ankommt, wie operirt wird, ob gründlich oder nicht.

Dass eine totale Wegnahme der Schleimhaut mit dem scharfen Löffel sich bewerkstelligen lässt, haben 22 Cadaver-Versuche von Düvelius in Berlin (Revue des sciences médicales Tome XXV 1885, pag. 628) festgestellt, bei welchen nach der Auskratzung pathologisch-anatomisch konnte gezeigt werden, dass der Uterus seiner Schleimhaut beraubt war. — Ein solcher Vorwurf hat des Fernern keine Berechtigung, so lange derjenige, welcher ihn erhebt, nicht eine gründlichere Operation oder Behandlungsweise der fungösen Endometritis bietet; bekanntlich aber steht die operative Behandlung derjenigen mit Aetzmitteln weit voraus.

Der vierte zu widerlegende Punkt betrifft die angebliche Sterilität nach der Operation. Dieser Einwurf ist nun allerdings schon lange gegenstandslos. Auch bei den hievor angeführten 65 Frauen trat bei 16 wieder Gravidität ein und zwar hatten

4 Frauen 1 Geburt
2 „ 2 Geburten.
1 Frau 3 „
1 „ 1 Fehlgeburt und 1 normale.
1 „ 1 Geburt und ist wieder gravid.

2 Frauen gravid.
1 Frau hatte Tubar-Schwangerschaft.
3 Frauen hatten 1 maligen Abort.
1 Frau hatte 4 Aborte (Luetica, lässt sich nicht antiluetisch behandeln).

Auch aus der Literatur lassen sich Fälle genug aufzählen. So hat A. Martin 60 Fälle in 5 Jahren, wo wieder Schwangerschaft eintrat. 49 Fälle waren ausgekratzt wegen chronischer Endometritis, 17 von den 60 waren nie schwanger vor der Auskratzung. Heinricius hat 16 Fälle von Gravidität bei 68 Auskratzungen, ungefähr das Verhältniss, wie auf der Basler Klinik (Ueber die chron. hyperplast. Endometritis, Archiv für Gyn., Band XXVIII). — Benicke (Zur Frage der Conception nach Auskratzung des Uterus, Zeitschrift für Geburtshilfe, Band XI, Heft 2) erwähnt 13 Fälle. Er behauptet, dass viele seiner Frauen, die vorher abortirt hätten, nachher das Kind austragen konnten.

Unter unseren 16 Frauen befinden sich 5, welche früher abortirt hatten und nachher ausgetragene Kinder zur Welt brachten. Auch Bourreau (Thèse par Bourreau, du curage dans l'endometrite du corps de l'utérus, Paris 1888) berichtet über 5 Schwangerschaften bei 83 Auskratzungen. — Amenorrhœ nach Auskratzung des Uterus ist nie constatirt worden.

Zur Vergleichung unserer Resultate mit denjenigen Anderer diente hauptsächlich eine ausführliche Arbeit von Bourreau in Paris (Thèse . . .), der die Krankengeschichten von 83 Patientinen, welche auf der gynækologischen Klinik von Dr. Doléris in Paris operirt wurden, genau ausführt und die Patientinen in ihrem weitern Verlaufe beobachtet hat. Er kommt zu dem Resultate, dass 52 von 83 Patientinen als geheilt zu betrachten seien, also 63 %, 18 Fälle gebessert.

Von den 13 Ungeheilten gehen 6 ab als Auskratzungen bei Carcinom, so dass nur 7 Patientinen als ungeheilt anzusehen sind.

Die Resultate der Basler Klinik sind annähernd die gleichen. Nun ist aber vor allen Dingen die Dauer der Beobachtungszeit in Betracht zu ziehen. Diese ist bei der Arbeit Bourreau's bedeutend kürzer als bei der vorliegenden.

Die Circulare an die Frauen wurden im Jahre 1893 versandt.

Nun datiren die Auskratzungen, wie Eingangs erwähnt, bis in's Jahr 1887 zurück, sodass bei

7	von 65	Frauen	6 Jahre
11	„ „	„	5 „
16	„ „	„	4 „
14	„ „	„	3 „
17	„ „	„	1—2 „

nach der Ausschabung verflossen sind.

Der grosse Unterschied der Beobachtungszeit ist ersichtlich, wenn man bedenkt, dass von den 83 Frauen Bourreau's

16	nur	1 Monat
11	„	2 Monate
6	„	3 „
8	„	4 „
1	„	5 „
2	„	6 „
3	„	7 „
4	„	8 „
4	„	9 „
5	„	12 „

also 60 höchstens 1 Jahr waren beobachtet worden; 5 waren noch in Behandlung und nur 1 4 Jahre nach der Operation untersucht. Aus dem Ergebnisse der hiesigen späten Nachfragen ersieht man genau, dass eben nach 1, 2, ja nach 4 Jahren das Recidiv sich einstellen kann. Man darf also die Resultate der Basler Klinik als sehr erfreulich hinstellen.

Kurz zusammengefasst lauten die gefundenen Resultate:

1. Die Uterusausschabungen bei chronisch-fungöser Endometritis ergeben Resultate, welche berechtigen, die Operation als eine nutzbringende hinzustellen.

2. Erreichen wir nicht immer eine totale Heilung, so kann durch eine erneute Auskratzung auf Zeit, manchmal auf immer geholfen werden.

3. Die Operation ist ungefährlich, wenn bei genauer Diagnose und unter dem Schutze der Antiseptik gearbeitet wird.

4. Die Operation ist keine schwierige, erfordert wenig Assistenz und kann daher von jedem praktischen Arzte ausgeführt werden.

5. Die Operation, weit entfernt Sterilität nach sich zu ziehen, ermöglicht im Gegentheil Vollendung der Schwangerschaft, wo früher Aborte sich einstellten.

Zum Schlusse fühle ich mich gedrungen, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Fehling für die Anregung zu dieser Arbeit, die Unterstützung während derselben und die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Dr. Zinsstag, welcher die Freundlichkeit hatte, die auf die Poliklinik bestellten Frauen im Sinne der Arbeit zu untersuchen, sage ich meinen besten Dank.